

Шулейко А.Ч., Цариков Л.В., Драгутко
М.А., Вижинис Ю.И.

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗАПУЩЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРИТОНИТЕ

Лечение запущенной кишечной непроходимости с развитием гангрены кишечника, выраженного его пареза, дилатацией, тяжелой интоксикацией, так же как и запущенного перитонита с динамической кишечной непроходимостью, составляют сложную проблему в хирургии. Если же больной преклонного возраста, с массой сопутствующей патологии, то задача его лечения и выздоровления может стать трудноразрешимой.

Производство стандартной ("экономной") резекции измененного кишечника не решает эту проблему, так как сохраняется выраженное явление эндоинтоксикации, при этом длительное время сохраняются явления пареза в дилатированных приводящих петлях кишечника, сохраняется высокое внутрибрюшное давление, усугубляющее явления легочно-сердечной недостаточности, имеется высокий риск несостоятельности анастомозов, накладываемых на измененный кишечник.

Одним из вариантов решения этой проблемы может быть оперативное вмешательство

во, заключающееся в обширной (иногда суб-
тотальной) резекции тонкой кишки.

В отделении экстренной хирургии МОКБ
и хирургическом отделении Слуцкой ЦРБ в
1992-1997 гг произведено 129 обширных ре-
зекций тонкой кишки при различных видах
патологии :

1. Ущемленная грыжа с гангреной кишки 38
2. Внутреннее ущемление с гангреной кишки 9
3. Спаечная кишечная непроходимость 20
4. Спаечная кишечная непроходимость
в грыжевом мешке 5
5. Обтурационная кишечная непроходимость
(первичные или метастатические опухоли) 8
6. Травмы тонкой кишки 9
7. Нарушение мезентериального кровообра-
щения 19
8. Странгуляционная кишечная непроходимость
(заворот, узлообразование) 9
9. Перитонит 11

СТРУКТУРА ПО ВОЗРАСТУ:

20 - 30 лет	6
30 - 40 лет	10
40 - 50 лет	15
50 - 60 лет	19
60 - 70 лет	40
70 - 80 лет	25
старше 80 лет	14
старше 60 лет	61%

Практически все больные с тяжелой со-
путствующей патологией зачастую с декомпен-
сацией.

ПО СРОКАМ ОПЕРИРОВАНИЯ:

1 сутки	22 чел.
2 сутки	39 чел.
3 сутки	28 чел.
4 сутки	18 чел.
5 сутки	10 чел.
Больше 5 суток	12 чел.

После 24 часов оперировано 107 чел
(81%).

Наблюдались и более поздние поступле-
ния больных: с ущемленной грыжей, травмами
и перитонитом с множественными абсцессами

Результаты:

- 10 суток.

При развитии запущенной кишечной не-
проходимости имеется гангренозно-измененный
участок кишки, как правило небольшой (при
спаечной и обтурационной гангрены кишки
может и не быть, но имеется дистрофически
измененная кишка с десерозациями и перфо-
рациями). Проксимально - практически весь
кишечник резко дилатирован, паретичен, за-
полнен содержимым, вследствие запущенности
процесса. При этом со срединной лапаротомии
производилось резекция измененного участка,
не отступая 20 см дистальнее и 40 см про-
ксимальнее (как это общепринято), а резекция
1,5 м и более кишки : т. е. практически весь
измененный кишечник вместе с брыжейкой,
которая лигировалась через корень лигатурным
методом. Содержимое проксимального отдела
кишечника тщательно и полностью эвакуиро-
валось через удаляемую часть кишечника. За-
вершали операции формированием анастомозов,
энтеростомы не применяли, при этом стреми-
лись к наложению тонко-тонкокишечного ана-
стомоза конец в конец, даже если до илеоце-
кального угла оставалось 10 - 20 см (несостоя-
тельности из-за этого не было), двумя рядами
отдельных узловых швов из нерассасываю-
щихся материалов. В ряде случаев накладывали
инвагинационный илеоцеко, - реже илеотранс-
верзоанастомоз. Брюшную полость промывали
антисептиками, антибиотиками, чаще вообще не
дренировали или же дренировали одной трубкой
малый таз.

Причины смерти:

1. Перитонит вследствие несостоятельности
анастомоза -4
2. ТЭЛА, сердечно-сосудистая недостаточ-
ность -9
3. Продолженный тромбоз и гангрена остав-
шегося кишечника -6

Таким образом, из 129 больных несостоятель-
ностью анастомозов развилось у 8 больных, что
явилось причиной смерти 4 больных. Всего умер-
ло 19 больных, из них в 15 случаях, не связанных
напрямую с оперативным вмешательством.

Учитывая тяжесть патологии и контингент

Нозология	Количество операций	Количество не- состоятельн. анастомозов	Умерло
Ущемленные грыжи наружные и внутренние	47	4	6
Спаечная кишечная непроходимость, в т.ч. и в грыжевом мешке	25	- - -	- - -
Обтурационная кишечная непроходимость	8	- - -	2
Травмы	9	- - -	- - -
Нарушение мезентериального кровообра- щения	19	3	10
Странгуляционная кишечная непроходи- мость	9	- - -	- - -
Перитонит с динамической непроходи- мостью	11	1	- - -
Всего	129	8	19

больных - это неплохие результаты, что оказалось возможным вследствие:

1. Высокого процента состоятельности анастомозов в условиях перитонита, которая была обусловлена тем, что

а) анастомозы накладывались на практически неизмененные отрезки кишечника;

б) из оставляемого кишечника тщательно удаляли все содержимое;

в) внутрикишечное давление значительно снижалось ввиду укорочения кишечника;

г) кровообращение анастомозированных участков кишечника было хорошее, так как объем кровотока по верхней брыжеечной артерии сохранялся, но распространялся на значительно укороченный кишечник;

д) раннее начало перистальтики.

2. Значительное одномоментное уменьшение эндоинтоксикации при резекции не только гангренозно измененного кишечника, но и всей дилатированной кишки, ее брыжейки, одномоментное и полное удаление токсического содержимого.

3. Значительное снижение внутрибрюшного давления, связанное с уменьшением объема содержимого брюшной полости, быстрой ликвидации пареза и непроходимости предупреждало развитие дыхательных расстройств, недостаточности сердечно-сосудистой системы.

Оценивая приведенные данные, можно сделать следующие выводы:

1. Основным звеном в патогенезе запущенной кишечной непроходимости является эндоинтоксикация, источники которой не только некротически измененные участки кишки, но и дилатированные участки живого кишечника, содержащее просвета кишки, его брыжейка.

2. Больным с запущенной кишечной непроходимостью с гангреной кишки и также без нее показано выполнение не ограниченной, а обширной резекции тонкой кишки для уменьшения эндоинтоксикации.

3. При наложении межкишечных анастомозов следует стремиться к тому, чтобы анастомозируемые участки кишечника были практически не изменены или мало изменены, что также требует выполнения обширной резекции.

4. Лучшим видом анастомозов являются тонко-тонкокишечные по типу "конец в конец" или инвагинационные тонко-толстокишечные по типу "конец в бок", или "конец в конец".

5. Чем более запущенная непроходимость, старше больной, чем тяжелее у него сопутствующая патология, тем большую резекцию следует производить; и наоборот.